

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THÈSE

591

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

LE GOUPIL, Henri, Pierre, Albert

né le 6 Décembre 1908, à Pontorson (Manche)

**L'Assurance - Invalidité
en matière
d'Assurances Sociales**

Président : M. TANON, Professeur

1939

V. HELLO, Imprimeur

4, Rue Barbès, 4

MONTROUGE

(Seine)

ANNÉE 1939

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR
LE GOUPIL, Henri, Pierre, Albert
né le 6 Décembre 1908, à Pontorson (Manche)

**L'Assurance-Invalidité
en matière
d'Assurances Sociales**

Président : M. TANON, Professeur

1939
V. HELLO, Imprimeur
4, Rue Barbès, 4
MONTROUGE
(Seine)



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

LE DOYEN TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	CLOVIS VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS. EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale
BEZANÇON (Justin)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES .	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES ...	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.

MM.

LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL ..	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expériment.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale
Mlle J. LÉVY .	Pharmacologie.
LÉVY - VALENSI	Neurologie et Psychiâ- trie.
MÉNÉGAUX ...	Pathologie chirurgicale
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET .	Pathologie chirurgicale
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT - DUTAILLIS	Pathologie chirur .
PIÉDELIÈVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ - BOYER.	Pathologie chirurgicale

MM.

LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale
LE LORIER ...	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROcq	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VAL-			
LERY - RADOT.			
SÉZARY			
		MM.	
		ECALLE	Clinique obstétricale.
		METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

Trop faible témoignage de ma
profonde reconnaissance et de
mon affection.

A MES GRANDS-PARENTS

A MA FIANCEE

En gage de ma profonde ten-
dresse.

A MES FRERES

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur TAYON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine
de Paris,

Membre de l'Académie de Médecine,

Conseiller technique Insulté au Ministère
de la Santé Publique,

Inspecteur général des Services Techniques d'Hygiène
à la Préfecture de Police,

Directeur de l'Institut d'Hygiène,

Officier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.

En témoignage de notre respect
et de notre reconnaissance.

A Monsieur le Docteur BAILLARGE
Diplômé de l'Institut d'Hygiène de Paris,
Médecin-Conseil de l'Union Régionale
des Assurances Sociales de Rennes
Médaille d'honneur des Epidémies
et de l'Assistance Publique.

Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et qui nous a accueilli
avec tant de bienveillance.

Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre vive grati-
tude.

A Monsieur le Docteur F. ROBLIN

Que nous sommes particulièrement heureux de remercier ici des encouragements et des précieux conseils qu'il nous a toujours prodigués.

En témoignage de notre très vive sympathie.

A Monsieur le Docteur TANNOÛ
Médecin-Assistant de l'Hôtel-Dieu de Rennes

En reconnaissance de l'aide qu'il nous a apportée si amicalement au début de ce travail.

*A mes Maîtres de l'Hôtel-Dieu
et de l'Ecole de Médecine de Rennes*

L'ASSURANCE-INVALIDITE en matière d'Assurances Sociales

INTRODUCTION

Nous avons, de nos jours, quelque peine à concevoir que, il y a quarante ans, un ouvrier malade ou blessé n'avait droit pour être soigné à domicile à aucun secours public et que s'il pouvait être soigné gratuitement dans un hôpital, il demeurerait sans ressources à sa sortie, incapable de subvenir à ses besoins, même si ce qu'on appelait sa guérison le laissait infirme. Et Viviani pouvait écrire dans la préface de la première édition d'un livre de Léon Imbert sur les « Accidents du travail » : « C'était la force majeure qui se dégageait des enquêtes, et l'ouvrier mutilé quittait le prétoire, débouté juridiquement de son action, plaideur vaincu, mais créancier social. »

Une législation allait doter la France, après maints autres pays, d'un ample statut de la mutualité et affirmer d'une manière éclatante la solidarité de la nation devant cet immense et redoutable fléau qu'est le risque social.

Après la charité, après l'assistance, c'est à l'assurance qu'on va demander enfin cette protection du travailleur salarié contre les risques de toute nature qui mettent sa vie en danger. A la prévoyance individuelle, manifestement insuffisante, l'Etat va substituer une organisation collective de secours.

CHAPITRE PREMIER

CONSIDERATIONS GENERALES SUR LES DIFFERENTES CONCEPTIONS DE L'INVALIDITE

La loi du 9 avril 1898 sur les Accidents du travail a été l'une des premières réalisations de cette conception sociale nouvelle : le droit des hommes à être secourus par leurs semblables, droit créé par l'impossibilité de travailler, quelle qu'en soit la cause : blessure, maladie, infirmité, vieillesse.

Aux termes de cette loi : « Les accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail aux ouvriers et employés, donnent droit au profit de la victime ou de ses représentants à une *indemnité* à la charge du chef d'entreprise... »

Le législateur venait de poser l'une des premières pierres d'un édifice qu'il ne devait jamais cesser d'agrandir et de perfectionner.

Le 31 mars 1919 était votée à son tour, la loi sur les pensions militaires :

« Ouvrent *droit à pension* :

« 1° Les blessures constatées avant le renvoi du

militaire dans ses foyers, à moins qu'il ne soit établi qu'elles ne proviennent pas d'événements de guerre ou d'accidents éprouvés en service ;

« 2° Les infirmités causées ou aggravées par la fatigue, dangers ou accidents éprouvés par le fait ou à l'occasion du service. »

Il ressort de l'examen de ces deux lois, sur les accidents du travail et sur les pensions de guerre, que la notion d'invalidité n'est considérée jusqu'ici que comme synonyme d'infirmité. On l'envisage seulement au point de vue physiologique, le taux d'incapacité étant fonction de l'intégrité corporelle, c'est-à-dire de la nature de l'affection et de ses répercussions sur l'organisme.

Nous allons voir qu'avec les lois régissant les assurances sociales, la notion d'incapacité va être envisagée sous un jour différent et qu'elle sera plus complète. Cette évolution va se faire par étapes successives et la loi a connu, avant de revêtir sa forme actuelle, une élaboration difficile et de multiples modifications.

Votée le 5 avril 1928, elle fut modifiée et complétée ultérieurement par les lois du 5 août 1929 et du 30 avril 1930, 28 juillet 1931, 6 janvier 1932 et 1^{er} janvier 1934, puis par les décrets-lois des 28 et 30 octobre 1935, du 26 août 1936 et du 14 juin 1938.

Cette loi sur les assurances sociales a pour objet de garantir les travailleurs contre certains risques

graves qui compromettent leur existence, principalement la maladie, l'invalidité, la vieillesse.

Aux termes de l'article 10, paragr. 1^{er}, du décret loi du 28 octobre 1935 :

« L'assuré qui, à l'expiration du délai de six mois prévu à l'article 6 ou, en cas d'accident non régi par la loi sur les accidents du travail après consolidation de la blessure, reste encore atteint d'une affection ou d'une infirmité réduisant au moins des deux tiers sa capacité de travail, a droit à une pension d'invalidité. »

Est considéré comme invalide tout assuré qui par suite d'une infirmité ou d'une maladie et compte tenu de son âge, de sa formation et de profession antérieure, n'est plus en mesure de trouver dans la même région un emploi lui assurant un salaire supérieur au tiers de la rémunération habituelle des personnes de même formation jouissant de leur pleine capacité physique.

Et nous arrivons ainsi à une seconde définition de l'incapacité, définition économique cette fois, car l'incapacité est appréciée non plus en fonction de l'intégrité corporelle, mais en fonction de la différence de rendement soit dans la même profession, soit même dans deux professions différentes, si l'assuré par une requalification appropriée et progressive peut s'adapter à un nouvel emploi.

Dans le *Médecin-Conseil* de décembre 1937, le Docteur Baillargé donnait, du reste, une interprétation analogue de cette loi :

« La loi sur les assurances sociales a eu pour but, écrivait-il, par l'assurance-invalidité, de suppléer à un manque de salaire du fait de la maladie ou de l'accident, tandis que la loi sur les pensions militaires ainsi que celle régissant les accidents du travail, si elle a pour effet de compenser l'incapacité physique qui en résulte, tend aussi à indemniser un individu d'un dommage subi par fait de guerre ou par accident de travail. »

Pour nous résumer, l'assurance-invalidité en matière d'assurances sociales tend donc moins à indemniser une infirmité consolidée, comme cela se passe en matière d'accidents du travail, qu'à compenser le manque à gagner d'un individu présentant une affection qui continue à évoluer.

Il nous faut remarquer toutefois que la loi sur les assurances sociales, très large en ce qui concerne l'origine de l'invalidité est plus restrictive quant à son importance. L'assuré ne peut en effet être réputé invalide et bénéficier par suite des avantages de la loi que si sa capacité de travail est au moins réduite des deux tiers. Nous allons voir plus loin, comment se fait cette évaluation.

CHAPITRE II

MECANISME D'APPRECIATION DE L'INVALIDITE

L'assuré qui prétend au bénéfice de l'assurance-invalidité en application de l'art. 10, paragr. 1^{er}, du décret-loi du 28 octobre 1935, adresse sa demande de pension à sa Caisse d'Assurance-Maladie sous la surveillance de laquelle son dossier est constitué. La Caisse de répartition transmet ce dossier dans le délai d'un mois à dater de la réception, à la Caisse d'Assurance-Invalidité à laquelle est affilié l'intéressé, et notifie cette transmission au Service Régional aux fins de complément du dossier, ainsi qu'à l'Union Régionale.

C'est donc à la Caisse d'Assurance-Maladie qu'incombe le soin de rédiger le rapport concernant l'assuré : choix judicieux, à notre avis, car cette Caisse qui a été appelée à dispenser les prestations à l'assuré pendant une période dont la durée n'est que rarement inférieure à six mois, est bien placée pour donner un avis qui sera particulièrement précieux pour la Caisse Invalidité.

En outre, pour pouvoir donner un avis autorisé, la Caisse d'Assurance-Maladie se trouvera dans l'obligation de solliciter l'opinion de son médecin contrô-

leur et, par conséquent, de fournir à la Caisse-Invalidité des éléments qui lui permettront, dans de nombreux cas, de prendre une décision sur pièces, c'est-à-dire sans faire effectuer un nouvel examen de l'intéressé par un de ses propres médecins-contrôleurs.

La Caisse d'Assurance-Invalidité va donc procéder à une instruction médicale en vue de déterminer le pourcentage de l'invalidité dont était atteint l'assuré lors de la souscription de sa demande de pension.

Pour ce faire, le dossier comportant le certificat du médecin traitant ainsi que les renseignements d'ordre médical qui, généralement, ont été fournis par la Caisse d'Assurance-Maladie, sont communiqués par la Caisse-Invalidité à son médecin contrôleur qui donne son avis sur pièces ou s'il le juge utile procède ou fait procéder par un confrère à un contre-examen de l'assuré (art. 31 du Règlement général du 19 mars 1936).

Après cette contre-visite, le médecin contrôleur de la Caisse d'Assurance-Invalidité donne son avis sur la nature et les conséquences de l'affection ou de l'infirmité dont est atteint l'assuré. Au vu de cet avis, la Caisse statue; et cette décision doit intervenir dans le délai d'un mois à compter de la date de réception du dossier.

Le médecin contrôleur apprécie si l'assuré est atteint d'une réduction de sa capacité de travail égale au moins aux deux tiers et également, lorsque l'intéressé est déjà titulaire d'une rente pour accident du

travail ou d'une pension militaire, si l'aggravation est imputable ou non à la cause qui a ouvert droit à la dite rente ou pension. Si le taux d'incapacité atteint les deux tiers, et si aucune des imputabilités visées ci-dessus n'est retenue, la Caisse poursuit la liquidation de la pension. Dans le cas contraire elle notifie le rejet de la demande.

Néanmoins, si l'affection de l'assuré, tout en n'entraînant pas une incapacité de travail des deux tiers, laisse présager une incapacité future, la Caisse d'Assurance-Invalidité peut s'entendre avec l'Union Régionale pour accorder à titre de soins préventifs les prestations en nature pendant un délai de six mois en suspendant pendant le même délai la décision relative à l'attribution de la pension. Cette mesure peut être exceptionnellement renouvelée pour un nouveau délai de six mois au maximum (art. 33 du Règlement général du 19 mars 1936).

Quelle que soit la décision de la Caisse-Invalidité, elle doit être notifiée, avec le montant de la pension, s'il y a lieu, par lettre recommandée, tant à l'intéressé qu'à l'Union Régionale.

Signalons, en outre, que les décisions qui ont trait au pourcentage d'invalidité ou à l'imputabilité de l'aggravation de l'état d'invalidité à la cause qui a ouvert droit à rente d'accident du travail ou à pension militaire peuvent être contestées devant la Commission Technique Régionale d'Invalidité avec appel possible

de la décision devant la Section permanente du Conseil Supérieur des Assurances Sociales.

La Commission Technique Régionale d'Invalidité, par un décret-loi du 28 octobre 1935, modifié par le décret du 1 juillet 1936, a été entièrement séparée de la Commission technique maladie et est devenue une Commission quasi permanente.

Elle comprend un président nommé pour l'année et désigné par le Premier Président de la Cour d'Appel, un médecin désigné par la Caisse d'Assurance-Invalidité intéressée, un médecin désigné par l'Union Régionale des Caisses primaires d'assurance maladie-maternité et un médecin désigné par l'intéressé.

Enfin un arrêté du Ministre du Travail du 27 novembre 1937 a ajouté aux quatre membres de la Commission Technique, un représentant de l'inspecteur divisionnaire du travail et de la main-d'œuvre dans la circonscription duquel se trouve le siège du Service Régional d'Assurances sociales, c'est-à-dire, en pratique, un Inspecteur du Travail.

Ainsi, en quelque sorte parallèlement à la prise en considération, pour la définition de l'invalidité, du salaire effectivement perçu par l'assuré et de ses possibilités de reclassement, on a introduit dans la commission appelée à connaître de ses différends avec la Caisse, un élément administratif qui pourra, le cas échéant, donner aux médecins un avis autorisé sur la situation du marché du travail dans la région et les

probabilités de réadaptation de l'invalidé. Nous pensons cependant que la présence d'un fonctionnaire, lors des délibérations des médecins dans les commissions appelées à se prononcer sur des conflits qui sont d'ordre essentiellement médical, appelle quelques réserves.

CHAPITRE III

ELEMENTS D'APPRECIATION POUR L'EVALUATION DU TAUX D'INVALIDITE

Nous avons vu que pour pouvoir valablement prétendre au bénéfice de l'assurance-invalidité, l'assuré doit être atteint d'une réduction de sa capacité de travail égale au moins aux deux tiers.

Quant à la fixation du pourcentage d'invalidité, elle est basée comme nous allons le voir sur deux éléments d'appréciation, d'une part l'incapacité physique évaluée en faisant état d'un barème établi par le Ministère du Travail, et d'autre part la capacité de travail restante de l'individu évaluée en tenant compte des conditions sociales dans lesquelles il se trouve.

Le *Journal Officiel* du 12 août 1933 a publié un barème provisoire où figurent, appareil par appareil, les invalidités entraînant une incapacité égale au moins aux deux tiers. Il est fait usage, en outre, du barème militaire en assimilant l'assuré social dont le degré d'invalidité est de 55 %, aux assurés ayant une incapacité des deux tiers.

Mais le barème provisoire de 1933 très succinct n'envisage qu'un certain nombre de cas. En vain y

chercherait-on par exemple, l'évaluation de toutes les invalidités pour les affections de l'appareil génital féminin, cependant assez fréquentes.

En outre, aucun des barèmes employés ne comporte d'échelle de gravité et s'ils peuvent nous aider à évaluer une invalidité lorsqu'elle est constituée, nous n'y trouvons aucune indication pour apprécier l'amélioration ou la stabilisation d'un état. Or la presque totalité des invalidités est constituée par des affections qui évoluent soit vers l'aggravation fatale, soit vers la guérison presque intégrale. Comment donc admettre que la capacité réelle de travail puisse être appréciée une fois pour toutes pour une affection déterminée ?

Du reste, des circulaires ministérielles successives et notamment celle du 23 novembre 1937, ont précisé qu'il convenait seulement de « faire état » des barèmes déjà existants, barème des pensions militaires et barème provisoire de 1933, sans leur donner une valeur impérative.

A notre avis, aucune codification, aucun barème si détaillé soit-il ne pourront jamais régir rationnellement l'expertise en matière d'invalidité. L'appréciation n'est pas une science mathématique. Il n'y a pas de règles possibles dans cette matière où tout est nuances, où tant d'éléments variés doivent entrer en jeu.

Et très rapidement on en est venu à une appréciation de l'invalidité non pas systématique, mais en

tenant compte pour chaque cas des différents éléments médicaux et sociaux.

Pour estimer le degré d'invalidité, les médecins-contrôleurs des Caisses vont faire état des possibilités de travail de l'individu, évaluer sa capacité réelle de travail et donc faire entrer en jeu une notion nouvelle, la notion du salaire ou gain dont bénéficient ou sont susceptibles de bénéficier les invalides.

Pour ce, il leur faudra comparer le salaire gagné ou susceptible d'être gagné par l'assuré, compte tenu de son âge, de sa formation, de sa profession antérieure, des possibilités de reclassement qui s'offrent à lui dans la même région, avec le salaire habituel des personnes de même formation jouissant de leur pleine capacité physique et travaillant dans la même région. Munis de ces deux éléments d'information il leur restera à fixer le taux d'invalidité, ou tout au moins, à déterminer si l'invalidité entraîne ou non une incapacité de travail au moins égale aux deux tiers.

La circulaire du Ministre du Travail, en date du 27 novembre, stipule notamment :

« L'état d'incapacité des assurés ne doit pas être estimé eu égard seulement à leur incapacité physique, telle qu'elle peut résulter de l'application d'un barème et considérée objectivement indépendamment de la profession antérieure ou nouvelle des intéressés. Il doit être tenu compte également du salaire ou gain dont bénéficient effectivement ou sont susceptibles de

bénéficier les invalides - - lorsqu'ils ne sont pas frappés d'incapacité totale de travail — soit dans leur profession antérieure, soit dans toute autre profession. »

En outre, dans toutes les publications médicales sur la question d'invalidité les opinions sont concordantes :

« L'évaluation de l'incapacité physiologique faite, il est indispensable de situer le malade dans le milieu où il évolue, d'apprécier en considération de son âge, de son intelligence apparente, de son degré d'instruction générale et spéciale, de ses facultés probables de readaptation, ce qui lui reste d'aptitude à remplir un emploi, soit dans la profession qui est la sienne, soit dans un poste différent du même corps de métier, soit dans un métier nouveau, avec ou sans apprentissage préalable. » (Docteur Crémieux, *Médecin-Conseil*, février 1938.)

« S'il y a lieu de se baser, en principe, sur l'incapacité physique, le degré d'invalidité ainsi estimé ne doit être retenu que dans la mesure où il n'est pas supérieur au degré d'incapacité qui résulte soit de la réduction effective de salaire par rapport au salaire de la dernière année précédant l'état de maladie ou d'invalidité, soit, si l'assuré n'a pas repris son travail, de la différence entre ce salaire et celui qu'il serait susceptible de gagner dans la même profession ou dans une profession analogue dans la même région. » (Rapport du Docteur Grinda sur le projet de loi retour du Sénat.)

Et dans les études des Docteurs Capar, Perret, Raba, dans un rapport de M. Laroque, auditeur au Conseil d'Etat, dans la thèse de M. Tardas, dans le rapport général du Docteur Baillargé, enfin, au Congrès annuel de l'Association Générale des Médecins-Conseils (Nancy 1938), nous avons trouvé une interprétation analogue. Médecins et juristes sont d'accord pour conclure que les cas d'invalidités ne peuvent entrer dans des nomenclatures rigides, même très détaillées, que ce sont des cas d'espèces où la décision des médecins contrôleurs relève plus du « modeste bon sens clinique que de l'absolue mathématique » (Docteur Raba).

Il pourrait sembler superflu de démontrer cette vérité première, mais nous avons cru bon de souligner ce caractère relatif des invalidités par quelques preuves tirées de la pratique.

Prenons un exemple de cardiopathies. Allons-nous accorder uniformément l'invalidité à tel sujet, qui après une poussée de rhumatisme articulaire aigu, présente une endocardite encore évolutive, avec gros souffle systolique, palpitations, dyspnée d'effort et pour qui le repos semble absolument indispensable, sous peine de décompensation, et à son voisin, scléreux de 45 ans, qui présente aussi un souffle systolique, une dyspnée presque continuelle, de l'hypertrophie du cœur, mais sans qu'il y ait encore de menace de fléchissement ventriculaire, et qui, d'ailleurs,

semble s'accommoder de sa lésion et fournit jusqu'à maintenant un travail normal ?

Allons-nous encore prolonger l'invalidité à un assuré qui présente une ankylose totale de la hanche (soit 55 %, barème 1919) et qui exerce la profession d'encaisseur de banque ?

Ne devons-nous pas, par contre, accorder une pension à une laveuse qui présente un eczéma persistant des deux mains, et chez qui, seule la cessation des occupations habituelles peut amener la guérison.

Nous voyons qu'entre les deux extrêmes, de l'individu parfaitement sain, ayant sa pleine puissance physique et intellectuelle, et du malade alité, paralysé, les invalidités peuvent, selon leur importance, se classer en deux catégories :

1° D'une part, les troubles fonctionnels entraînant un état général médiocre gênant le travail régulier, mais permettant cependant une activité physique compatible avec le travail habituel poursuivi avec ménagement, c'est le cas des lésions cardiaques bien compensées, de certaines dyspepsies chroniques, de l'asthme, de certaines affections des organes génitaux, des petites misères de la ménopause, etc...;

2° D'autre part, les lésions et troubles fonctionnels plus graves qui permettent encore une vie végétative, une certaine activité individuelle, mais qui sont incompatibles avec le rythme normal du travail dans

une usine, dans un bureau, dans l'exercice de certaines professions manuelles. C'est le cas par exemple d'une convalescence de pleurésie ou de vieilles tuberculoses à forme fibreuse ou de ces cardiopathies mal compensées, ou encore tout simplement d'organismes vieilliss avant l'âge ordinaire de la retraite.

Observons comment se comportent ces invalides vis-à-vis du travail : les premiers arrivent avec de la bonne volonté à gagner leur vie, les seconds, même étant encore capables d'une certaine activité, ne trouvent ni emplois, ni travail rémunérateur.

A la lumière de ces exemples nous voyons donc bien précisée la notion que nous avons définie au début. L'incapacité en matière d'assurance sociale c'est « l'incapacité générale de gain » (Docteur Perret).

Comme nous l'avons énoncé au début de ce chapitre et comme nous l'avons illustré par la suite, dans l'appréciation de l'invalidité en matière d'assurances sociales, on tient donc compte de deux sortes d'éléments :

Premièrement, l'incapacité physique, dont le pourcentage est estimé à l'aide de barèmes qui servent seulement à guider le médecin et dans l'interprétation desquels celui-ci garde une certaine liberté; et deuxièmement, puisque, comme nous l'avons vu, la notion d'invalidité ne saurait découler seulement de l'énoncé d'un diagnostic, de la présence ou de l'absence d'un symptôme, on tient compte également et

surtout des possibilités de travail de l'individu, du salaire qu'il peut gagner étant donné les conditions sociales dans lesquelles il évolue.

Ainsi en matière d'assurance sociale on est invalide ou on ne l'est pas, mais on n'est pas un invalide proportionnel.

Il est plus rationnel, plus équitable, plus social d'attribuer ou non une pension totale suivant que l'invalidité a ou non dépassé un certain seuil. Le seuil des deux tiers pour l'entrée dans l'état d'invalidité et de la moitié pour sortir de cet état s'avère, à l'expérience, le plus près de la réalité.

Enfin pour répondre aux cas exceptionnels de travail partiel ou de salaire normal malgré l'état d'invalidité, cette règle générale est heureusement et suffisamment assouplie par la disposition inscrite dans la loi sur les assurances sociales qui permet, quel que soit l'état de l'invalidité, de réduire la pension dans la proportion où le salaire est maintenu.

Aux termes de l'article 10, paragr. 7, du décret-loi, en effet :

« Le service de la pension est suspendu en tout ou partie, lorsque l'intéressé, en cas de reprise du travail, jouit sous forme de pension et de salaire ou de gain cumulés, de ressources au moins égales au salaire dont il bénéficiait avant d'être reconnu invalide. »

Il est logique, en effet, d'interdire le cumul d'un salaire et d'une pension dont le but est justement de suppléer à une perte de salaire résultant elle-même d'une atteinte à l'intégrité physique de l'individu.

CHAPITRE IV

LES PRINCIPALES CAUSES D'INVALIDITE

Après seulement quelques années de fonctionnement de la loi sur les Assurances Sociales, on ne possède pas encore de statistique précise et complète, s'appliquant à l'ensemble du territoire, sur les causes et l'évolution des invalidités en France.

Certains médecins contrôleurs des Caisses ou d'Union se sont cependant préoccupés d'établir pour leur organisme des statistiques de ce genre : tel le Docteur Sourice à la suite d'une intéressante étude présentée à Clermont-Ferrand, étude faite à la Caisse Mutualiste Normande de Capitalisation (Région du Havre), tels encore les médecins contrôleurs de la Fédération Mutualiste de la Seine, tel enfin le Docteur Baillargé, médecin-conseil de l'Union des caisses de la région de Rennes, qui a établi une statistique très précise, après un examen personnel de chacun des assurés titulaires d'une pension d'invalidité à la charge de cette Union.

Nous allons reproduire d'abord la statistique du Docteur Baillargé pour l'Union des Caisses de Rennes; nous grouperons ensuite les statistiques de quelques Unions régionales que nous avons recueillies, et nous

UNION REGIONALE DE RENNES

STATISTIQUE DES CAUSES D'INVALIDITÉ

d'après 1.200 dossiers portant un diagnostic formel

Nombre d'assurés inscrits au 1^{er} janvier 1937 : 4.464

Moins de 35 ans.... 648 Plus de 35 ans 846

	Sarthe	Mayenne	Ille-et-Villaine	Côtes-du-Nord	Finistère
	226 dossiers	442 dossiers	304 dossiers	475 dossiers	386 dossiers
Dossiers médicaux établis au 15 juillet: 1.250.					
Population totale de la Région: 2.494.266, se ré- partissant ainsi	388.549	251.348	565.766	584.840	756.793
Nombre d'assurés inscrits au 1 ^{er} juillet 1937 : 346.578 se répartissant ainsi	64.847	30.645	91.243	50.102	109.771
Nombre d'assurés en in- validité depuis l'appli- cation de la loi, jus- qu'au 30 juin 1937	655 soit 1,01 %	366 soit 1,20 %	892 soit 0,98 %	471 soit 0,94 %	1.086 soit 0,91 %

Causes d'invalidité:	55,7 %	59,8 %	59,4 %	59,4 %	58,5 %
Tuberculose (pulmonaire et osseuse) : 702, soit 58,5 % (dont 55 tuberculeux osseux) se répartissant ainsi	126 40	67 2	179 7	104 13	226 23
Moins de 35 ans: 448, soit 63,6 %	84	44	119	62	139
Plus de 35 ans: 254, soit 36,4 %	42	23	60	42	87
Maladies du cœur: 117, soit 9,7 %	30 soit 13,2 %	10 soit 8,9 %	25 soit 8,3 %	16 soit 9,1 %	36 soit 9,3 %
Maladies de l'appareil digestif: 75, soit 6,2 % ..	16 soit 7,5 %	13 soit 11,5 %	16 soit 5,3 %	10 soit 5,8 %	20 soit 5,2 %
Maladies du système nerveux: 14, soit 5,9 % ..	14 soit 6,1 %	6 soit 5,2 %	25 soit 8,3 %	5 soit 2,8 %	21 soit 5,4 %
Maladies mentales: 47, soit 3,5 %	15 soit 6,6 %	6 soit 5,3 %	19 soit 6,3 %	4 soit 2,2 %	3 soit 0,8 %
Rhumatismes chroniques: 29, soit 2,4 %	2 soit 0,88 %	3 soit 2,6 %	5 soit 1,6 %	4 soit 2,2 %	15 soit 3,6 %
Cancer: 11, soit 0,9 %	3 soit 1,2 %	1 soit 0,8 %	4 soit 1,3 %	1 soit 0,58 %	2 soit 0,59 %

STATISTIQUE DES MALADIES-CAUSES D'INVALIDITÉ

pour les régions de : Bordeaux, Rennes, Nantes, Limoges, Paris
et la Caisse Mutualiste Normande :

	POURCENTAGE GENERAL					
	Bordeaux	Rennes	Nantes	Limoges	Paris	Mutualiste Normande
Tuberculose	56,12	58,47	66	55,4	59,5	51
Cœur	40,05	9,7	6	9,2	7,6	6,68
Appareil digestif	5,36	6,2	4	4,7	4,2	9,7
Maladies mentales	5,13	3,5	8	8,3	2,1	1,98
Rhumatismes	2,68	2,4			2,5	2,29
Yeux, oreilles			2		1,4	1,25
Accidents		2	1,5			0,73
Cancer	1,75	0,9	1,5	2,3	3,5	7,21
Système nerveux	3,73	5,9			7	7,80
Divers	14,70	12,3	7	19,1	2,7	0,77

tenterons alors de dégager, des documents en notre possession, des considérations d'ensemble.

Ces chiffres sont trop restreints pour en tirer des conclusions générales.

Nous constaterons cependant qu'en gros les différentes affections interviennent dans chaque région à peu près avec la même fréquence.

Nous remarquons ensuite que partout les tuberculoses de toute nature, mais surtout la tuberculose pulmonaire, tiennent la première place et qu'elles causent plus de la moitié des invalidités.

De plus, ainsi que le Docteur Godard, médecin-contrôleur de la Caisse Interdépartementale des Assurances Sociales l'a souligné au IV^e Congrès National de l'Association des Médecins-Conseils, « la tuberculose est la cause principale de l'invalidité non seulement en quantité, mais encore en qualité, car elle frappe surtout les jeunes aux âges les plus productifs de la vie ».

La comparaison des courbes d'âge montre, en effet, que les trois quarts environ des invalides tuberculeux sont âgés de moins de 40 ans, alors que les invalides non tuberculeux ont pour la plupart dépassé cet âge.

Voici quelques chiffres :

Pour Nantes : 79 % ont moins de 35 ans.

Pour Rennes : 63 % ont moins de 35 ans.

(D^r Baillargé.)

Les graphiques du Docteur Sourice montrent que le plus grand nombre des pensionnés pour tuberculose ont de 26 à 34 ans.

Enfin dans les statistiques pour l'Union Régionale de Rennes, la répartition par département montre que la tuberculose cause d'invalidité est un peu moins fréquente dans la Sarthe qui n'est pas un département breton, et dans le Finistère où l'organisation anti-tuberculeuse est très active et très étendue.

Les affections de l'appareil circulatoire viennent au deuxième rang, ce qui est conforme aux renseignements fournis à la Conférence des Assurances Sociales en 1936, où il a été précisé d'ailleurs que, dans tous les pays où la tuberculose est moins fréquente, les affections du cœur viennent en général au premier plan, les pourcentages des autres affections restant sensiblement les mêmes. Ainsi dans la Sarthe où la tuberculose cause d'invalidité est un peu moins fréquente que dans les autres départements de l'Union de Rennes, les cardiopathies par contre y sont plus nombreuses.

Soulignons encore le pourcentage relativement élevé des maladies du système nerveux ainsi que celui de l'appareil digestif.

Par contre, notons avec satisfaction le pourcentage assez faible des tumeurs malignes, ce pourcentage général ne dépassant 5 % de l'ensemble des affec-

tions dans aucune des statistiques que nous avons reproduites, sauf pour celle du Docteur Sourice.

Une dernière constatation mérite d'être retenue après examen des statistiques du Docteur Baillargé pour l'Union Régionale de Rennes : la plus grande fréquence des maladies mentales comme cause d'invalidité dans la Sarthe, la Mayenne et l'Ille-et-Vilaine, par comparaison avec les chiffres très réduits des départements spécifiquement bretons : Côtes-du-Nord et Finistère, celui-ci avec 0,9 % seulement.

CHAPITRE V

EVOLUTION DE L'INVALIDITE RECUPERATION DES INVALIDES

Dans la thèse de M. Tardas, docteur en droit, sur « le risque invalidité dans la législation des Assurances sociales », nous avons relevé les premiers résultats précis du fonctionnement de l'assurance-invalidité jusqu'au 31 décembre 1936, résultats communiqués par l'Actuariat du Ministère du Travail.

Le nombre des pensions attribuées jusqu'au 31 décembre 1936 s'établit à 48.149, soit :

6.623 en 1933;
10.585 en 1934;
13.949 en 1935,
et 16.992 en 1936.

La lecture de ces chiffres montre que l'importance des promotions d'invalides va croissant, alors que comme l'établit le rapport ministériel, le nombre des assurés cotisants a plutôt tendance à fléchir. A noter, toutefois, que ce nombre augmentera par la suite.

Ce phénomène a, selon nous, plusieurs raisons :

- D'une part, les assurés connaissent mieux leurs droits;

D'autre part, l'organisation des Caisses s'est perfectionnée, ce qui permet une instruction plus rapide des dossiers de demande de pension;

— Enfin, la condition des versements exigés par le décret-loi de l'assuré qui prétend au bénéfice de l'assurance-invalidité est plus libérale que celle qui avait été prévue par les lois de 1929-1930.

Mais voyons donc ce qu'il advient de ces invalidités.

Voici encore quelques chiffres extraits de la thèse de M. Tardas:

Sur les 48.149 pensions concédées :

— 8.082, soit 17 %, ont été éteintes avant le 31 décembre 1936, par suite du décès du titulaire;

— 3.666, soit 7 %, ont été supprimées avant cette date pour retour à la validité.

— En décomposant ces résultats, on peut dégager les proportions suivantes :

10 % des pensionnés d'invalidité décèdent dans l'année qui suit l'attribution de leur pension;

18 % au cours des deux premières années;

23 % au cours des trois premières années;

27 % au cours des quatre premières années.

Il nous semble maintenant intéressant d'étudier le cas particulier de l'invalidité par tuberculose.

Nous allons citer quelques chiffres empruntés aux statistiques du Docteur Sourice.

L'ensemble de la statistique des pensions de tuberculeux de 1933 au 31 décembre 1937 donne

605 tuberculeux avec 201 décès :

chez les 232 femmes: 57 décès,

chez les 418 hommes: 144 —

avec une durée de pension chez ces tuberculeux décédés de :

Un semestre : 88	{	Soit un an..... ..	143
Deux semestres: 55			
Trois semestres: 23	{	Soit deux ans	39
Quatre semestres: 16			
Cinq semestres: 7	{	Soit trois ans	13
Six semestres: 6			
Sept semestres: 3.	{	Soit quatre ans ..	6
Huit semestres: 3			
Total			201

La mortalité des invalides au cours des premières années est donc considérable.

Malheureusement, les assurés dont l'état de santé s'améliore suffisamment pour que la pension puisse être supprimée (capacité de travail devenue supérieure à 50 %) sont moins nombreux.

Rappelons, encore, quelques conclusions déjà pa-

rues dans le *Médecin-Conseil* concernant l'avenir du tuberculeux :

« Les pensionnés pour tuberculose pulmonaire (au bout de quatre ans) ont une mortalité de 42 à 64 %, tandis que les suspensions n'atteignent que 16 % environ.

« Ceux qui bénéficient, encore d'une pension s'élèvent à 41,17 %. La plus forte mortalité se produit au cours de la seconde année de jouissance de la pension. » (Docteur Sourice.)

« Après un recul de 14 mois à 3 ans et 8 mois, sur 1.741 tuberculeux pulmonaires, 400 sont décédés, 1.049 sont encore en traitement, 288, soit à peine 16 %, ont repris leur travail. » (Docteur Godard.)

« Sur 702 tuberculeux pensionnés au 1^{er} janvier 1937, 146 ont pu être récupérés après leur deuxième ou le plus souvent leur troisième année d'invalidité, soit 20,70 %, et tous avaient moins de 40 ans...

« D'une manière générale, on peut dire qu'en trois ans d'invalidité, pour s'en tenir à la seule tuberculose il y a :

20 % de récupérés,

45 % de morts

et 35 % qui continuent à évoluer. »

(Docteur Baillargé.)

Citons enfin une statistique toute récente du Docteur Lesaffre, inspecteur départemental adjoint d'hygiène de l'Eure, que vient de publier le *Médecin-Conseil* de juin 1939.

Ce travail est basé sur l'analyse de 2.636 dossiers d'assurés sociaux des deux sexes âgés de 15 à 60 ans, admis au bénéfice des Assurances sociales-Invalidité pour tuberculose pulmonaire, pendant les années 1933 et 1934, dans environ 46 départements. Il s'agit évidemment de tuberculose chronique.

Le recul d'observation est de six ans au moins pour 1.740 cas pensionnés en 1933, de cinq ans pour 896 cas.

*Bilan statistique pour l'ensemble
des observations*

A. Composition du contingent:

1° Selon l'âge :

- 28 % de sujets de 15 à 25 ans,
- 37 % de sujets de 25 à 35 ans,
- 35 % de sujets de plus de 35 ans.

2° Selon les efforts médico-sociaux réalisés:

- 42 % de ces malades n'ont reçu que des soins de pratique courante, à leur domicile;

- 9 % ont été l'objet, également à leur domicile, d'une thérapeutique de collapsus pulmonaire;
- 33 % ont bénéficié à un certain moment de leur maladie d'un séjour en établissement de cure;
- 16 % ont bénéficié à la fois d'un séjour en sanatorium et de la collapsothérapie.

B. Résultats après six ans:

- 45 % de décès;
- 31,5 % de malades dont l'état est sensiblement stationnaire; une très faible partie d'entre eux subviennent à leurs besoins, risquant une aggravation ou contaminant leur entourage;
- 18,5 % de malades très améliorés ou guéris ayant repris leur place dans la société,
- 7,5 % d'améliorés inactifs.

Soit environ 22 % de récupérations en six ans.

D'autre part, l'histoire médico-sociale du lot pendant ces six années est résumée ainsi par l'auteur:

Les décès, peu nombreux pendant la première année de maladie, voient leur cadence s'améliorer très fort la seconde et se ralentir par la suite.

Le nombre des stationnaires et des améliorés gagnant leur vie atteint son maximum, soit 8 %, la qua-

trième année. En effet, une bonne part de ces tuberculeux ayant volontairement repris leur travail va guérir; les autres décéderont ou seront victimes d'une rechute.

Nous voyons donc que le bilan de l'invalidité par tuberculose ne permet pas d'être très optimiste, mais cependant il n'en reste pas moins que le chiffre des récupérations, même après seulement trois ans d'invalidité, n'est pas négligeable.

Il y a là un argument certain à opposer à ceux qui demanderaient que pour toutes les affections tuberculeuses, l'invalidité soit uniformément évaluée à 100 % et pour une durée de cinq ans minimum; mais c'est aussi et surtout un argument pour l'orientation et l'effort d'hygiène sociale entrepris par les Caisses et les Unions. C'est, en effet, à peu près exclusivement contre la tuberculose pulmonaire, dont les ravages se révèlent considérables dans nos populations ouvrières, que les Caisses d'Assurances Sociales devront chercher à protéger leurs assurés, car en dépit des progrès réalisés dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose, cette affection apparaît toujours comme le fléau le plus grave et le plus dangereux pour le malade et pour la société.

Il ne faut pas perdre de vue, en outre, que la récupération des invalides, par la rééducation des assurés invalides ou la réadaptation à la vie normale des tuberculeux stabilisés, présente un double intérêt : inté-

rêt personnel, d'abord, pour les pensionnés qui peuvent ainsi reprendre leur place dans la société; intérêt financier, aussi, puisque les Caisses verront diminuer la durée des pensions et par conséquent des rentes versées.

Prévenir, guérir, rééduquer sont trois aspects d'un problème capital pour les individus, pour les Caisses d'assurances et pour le pays tout entier.

CONCLUSIONS

1. L'invalidité en matière d'Assurances sociales a pour but de compenser un manque à gagner et non pas d'indemniser un individu pour un dommage causé par un tiers, comme cela se passe dans les Accidents du Travail ou par blessure de guerre.

2. L'attribution de la pension d'invalidité suppose la collaboration de plusieurs organismes: Caisse Maladie qui établit le dossier de l'invalidé; Union Régionale et Caisse Invalidité qui l'étudient et donnent leur appréciation.

Cette collaboration des différents organismes s'est révélée à l'usage particulièrement efficace et elle garantit au maximum les droits de l'assuré.

3. L'assuré qui prétend au bénéfice de la pension d'invalidité doit présenter une affection ou une infirmité qui réduise au moins des deux tiers sa capacité de travail.

Cette évaluation se fait en tenant compte de deux éléments :

a) L'incapacité physique;

b) La capacité générale de gain, compte tenu des conditions sociales dans lesquelles évolue l'invalidé (âge, profession, possibilité de travail, etc.).

4. La tuberculose tient la première place des maladies causes d'invalidité et les trois quarts de ces tuberculeux sont âgés de moins de 40 ans.

Les cardiopathies viennent ensuite. Par contre, pourcentage assez faible des tumeurs malignes.

5. La mortalité des invalides au cours des premières années de la pension d'invalidité est considérable; la grosse part est due aux affections tuberculeuses.

Il ressort des différentes statistiques que pour la tuberculose, le nombre des récupérations s'élève à environ 20 % après trois ans d'invalidité et ne varie pas beaucoup par la suite.

C'est donc surtout contre la tuberculose que doit s'orienter l'effort d'hygiène sociale entrepris par les Caisses et les Unions; ainsi les lois sociales tendront de plus en plus à devenir des lois de récupération.

Vu : *Le Doyen* :
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président de thèse* :
TANON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

I. — *Traité*s

- Antonelli. — Guide pratique des Assurances Sociales. Fayet, Paris. 1^{er} tirage 1928, 2^e tirage 1930.
- Le droit des Assurances Sociales considéré par rapport aux individus.
 - Le droit des Assurances Sociales considéré par rapport aux organismes. (Edité par l'Union des Caisses d'Assurances Sociales, 70, rue de Rochecouart.)
- D^r Chauveau (C.). — Commentaire juridique, financier, administratif de la loi sur les Assurances Sociales. (Paris, 1928, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence.)
- Fleury (Emile). — La loi du 5 avril 1928 sur les Assurances Sociales. Commentaire pratique et critique. (Librairie du Recueil Sirey, Paris, 1929.)
- Hubert, Laproust, Javersac. — Les Assurances Sociales. (1930, Dalloz.)
- Imbert (Léon). — Les « Accidents du travail », 1939.
- Leriche, G. de Marchand et Boucher. — Où en sont les Assurances sociales. Problèmes actuels. Lyon, 1935. (Edité par la Chronique Sociale de France.)
- Perraud-Charminier. — Code pratique des Assurances Sociales. Paris, 1930.
- Nouveau Code pratique des Assurances Sociales. Paris, 1926.
- Picard (Roger). — Les Assurances Sociales. Paris, 1930. (Jurisclasseurs, Editions Godde.)

Solus (Henri). — Qu'est-ce que les Assurances Sociales ?
Paris, 1928 (Librairie du Recueil Sirey).

Tissier (Pierre), Glosset (Pierre), Olivier de Sardan
(Pierre). — *Traité des Assurances Sociales*. (Juris-
classeurs, Editions Godde, 1931.)

II. — *Thèses*

Bessol (Maurice). — L'assurance par l'Etat du risque
professionnel. Bordeaux, 1937.

D^r Chantegreil (Bernard). — Contribution à l'étude du
dépistage de la tuberculose latente. Thèse médi-
cale, Bordeaux, 1931.

Tardas (Jean-Elie). — Le risque invalidité dans la légis-
lation des Assurances Sociales. Paris, 1938.

III. — *Documents et Publications*

A) Publications périodiques

D^r Baillargé. — Appréciation de l'invalidité. Statistique
des causes de l'invalidité (*Médecin-Conseil*, dé-
cembre 1937.)

— L'appréciation de l'invalidité. Rapport général
présenté au V^e Congrès de l'A. M. C. (*Médecin-
Conseil*, mai 1938.)

D^r Crémieux. — Réflexions sur l'appréciation de l'inva-
lidité. (*Médecin-Conseil*, février 1938.)

D^r Duvoir (H.). — Evaluation du taux de l'invalidité en
matière d'Assurances Sociales. (*Echo de la Méde-
cine*, 1^{er} juillet 1938.)

D^r Godard. — Quelques conclusions tirées d'une étude
statistique de 2.000 bénéficiaires de l'assurance-
invalidité. (*Médecin-Conseil*, octobre 1937.)

D^r Lesaffre. — Le rendement social des placements sanatoriaux dans la lutte antituberculeuse. (*Médecin-Conseil*, juin 1939.)

D^r Sourice. — Etude statistique sur les causes et l'évolution des Invalides. (*Médecin-Conseil*, octobre 1937.)

B) Publications du Bureau International du Travail
Evaluation de l'incapacité permanente de gain dans les
Assurances Sociales.

C) Journal Officiel

Lois et Décrets. Débats parlementaires. — Rapports parlementaires ayant précédé le vote de la loi sur les Assurances Sociales, notamment celui de M. Grinda.

Circulaires du Ministres du Travail et notes de la Caisse générale de garantie, années 1930 à 1938 inclus.

Rapports établis par le Ministre du Travail sur l'application de la loi (Statistiques du 1^{er} juillet 1930 au 31 décembre 1935).
